Patrycja MIKULSKA

FILOZOFIA MEDYCYNY CZY „CHOROBA NA ŚMIERĆ”?

Gdyby ktoś mnie zapytał, czy poleciłabym przeczytanie tej książki, odpowiedziałabym: tak. Gdyby ktoś dalej pytał, czy jest to moim zdaniem książka dobra, odpowiedziałabym: nie. Może zresztą nie odpowiadałabym w sposób tak kategoryczny. Podejrzewam bowiem, że *Filozofia medycyny* trzech duńskich autorów[1] odzwierciedla po prostu obraz swego przedmiotu: medycyny i refleksji nad medycyną, zarówno tej prowadzonej dorywczo, na bieżąco, na użytek konkretnej trudnej sytuacji poznawczej lub moralnej w praktyce lekarskiej, jak i refleksji systematycznej – filozofii medycyny właśnie. Książkę tę warto przeczytać choćby jako dokument – zapis nie napawającego optymizmem stanu umysłów dnia dzisiejszego.

Filozofię medycyny napisali: filozof, psychiatra i lekarz-klinicysta (gastroenterolog). Pierwszy dostarczył narzędzi do myślowej obróbki materiału zgromadzonego wspólnym wysiłkiem współautorów-lekarzy. Z jego „działki” pochodzą też idee, które stanowią szkielet książki. Tę formę wypełniają problemy i przykłady wzięte z codziennej praktyki klinicznej.

Adresatami książki są przede wszystkim czytelnicy z wykształceniem medycznym. W tym gronie autorzy spodziewają się znaleźć odbiorców wrażliwych i zaangażowanych, którzy „z poświęceniem troszczą się o swych pacjentów i doceniają znaczenie postępów techniki, ale jednocześnie niepokoją się, iż możemy zapomnieć, że nasi pacjenci są przede wszystkim myślącymi istotami ludzkimi, a nie tylko biologicznymi maszynami” (s. 15). Zachęcają ich do lektury aktywnej, do podjęcia dialogu z książką i starają się ułatwić im to zadanie. Zachowują umiar w używaniu technicznych terminów filozoficznych i podają proste objaśnienia ich sensu (swobodnie natomiast posługują się terminologią medyczną, co jednak tylko nieznacznie utrudnia lekturę czytelnikom nie obeznanym z zagadnieniami medycznymi). Piszą lekkim, gawędziarskim stylem, nierzadko używając pierwszej osoby. Nie ma u nich mentorskiego tonu ani agresywności, zwracają się do czytelnika jak do równego sobie – dobrze się z nimi rozmawia.

Dlaczego zapraszają do rozmowy? – Cel jest praktyczny; autorzy sądzą, że „studia filozoficzne mogą pomóc lekarzom w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa” (s. 32).

---

[1] H. R. Wulff, S. A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, przeł. Z. Szawarski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993, ss. 275 (*Philosophy of Medicine. An Introduction*, Oxford 1990[2]).

PARADYGMAT MEDYCZNY

Dowodzenie tej ostatniej tezy jest motywem, który w różnych wariacjach powraca w każdym rozdziale książki. Mamy okazję przekonać się na licznych przykładach, jak nie tylko medyczne badania naukowe, ale codzienna praktyka kliniczna (sposób podejścia do pacjenta, leczenie, konkretne decyzje lekarzy) zależy od poglądów filozoficznych. Nie są to zazwyczaj świadomie żywione przekonania, zdobyte przez lekarza wysiłkiem systematycznej refleksji, lecz idee przyswojone mimochodem, przy okazji nauki zawodu, przebywania w środowisku medycznym. Są to ciche założenia działalności naukowej i klinicznej, „utajona wiedza" o podstawowych pojęciach medycyny, jej metodach i wartościach uznawanych przez parających się nią ludzi. To wszystko tworzy paradygmat medycyny, zespół różnego typu przesłanek, którymi posługują się uczeni rozwiązując swoje problemy. *Filozofia medycyny* zajmuje się między innymi – ujawnieniem najważniejszych składników paradygmatu medycyny czy też paradygmatów medycyny.

Autorzy twierdzą, że właśnie medycyna kliniczna weszła w okres „niestabilności paradygmatycznej", ale nie spodziewają się rewolucji naukowej, której w takiej sytuacji oczekiwałby Thomas Kuhn – twórca teorii paradygmatu. Uważają oni, że jesteśmy świadkami stopniowego powstawania nowych kierunków myślenia medycznego i że możemy w tym procesie świadomie uczestniczyć i wpływać na jego przebieg. *Filozofia medycyny* zarówno zachęca do takiej aktywnej postawy, jak również ma ambicję dostarczenia czytelnikowi niezbędnych narzędzi intelektualnych.

Pojęcie paradygmatu, z którym czytelnik zapoznaje się w pierwszym rozdziale książki, to pojęcie bardzo pojemne. Jest jak duży kosz, do którego można bez obawy wrzucać różne rzeczy. Sama *Filozofia medycyny*, starając się opisać elementy paradygmatu medycyny, również przypomina taki kosz: znajdziemy w niej bardzo szeroki wachlarz problemów, raz ściślej, raz luźniej ze sobą powiązanych. Lecz w tej różnorodności wyróżnia się kilka wątków, które powracają, np. wątek pożytku, jaki lekarz może mieć z filozofii. Najważniejszy z nich jednak to „model choroby", który zdaje się być centrum paradygmatu medycyny i tym jego składnikiem, w którym najwyraźniej widać zmiany.

Medycyna, taka jaką była od stu lat aż do niedawna i jaką wciąż, być może, jest w swojej biologicznej części, zakłada tzw. mechaniczny model choroby. W modelu tym organizm ludzki jest pojmowany analogicznie do nieożywionego mechanizmu, a choroba – do defektu, awarii tego mechanizmu. Idea organizmu jako biologicznej maszyny jest wspólną własnością nauk przyrodniczych, a w medycynie zadomowiła się na dobre, gdy ukształtowała się ona jako jedna z tych nauk. Mechaniczny model choroby łączył się z realizmem filozoficznym. Autorzy definiują realizm jako stanowisko ontologiczne, które „przyjmuje, że świat zewnętrzny rzeczywiście istnieje, że istnieje on niezależnie od nas i że to przedmioty, struktury i procesy tego świata pobudzają nasze zmysły" (s. 35). Najbardziej jednak interesuje ich realistyczne rozumienie przyczynowości, zgodnie z którym „związek przyczynowy nie jest zawartą w naszym umyśle ideą, lecz właściwo-

ścią realnego i poznawalnego świata" (s. 90). W odniesieniu do mechanicznego modelu choroby oznacza to, że istnieją mechanizmy generujące chorobę, które można opisać w terminach biologicznych (zob. s. 174).

Niedawno, w związku z medycyną kliniczną i z psychiatrią, pojawił się inny, szerszy model zwany „biopsychospołecznym", w którym obowiązuje „holistyczna koncepcja choroby" (s. 153, 175). Ma on – jak wskazuje nazwa – uwzględniać nie tylko biologiczne, lecz także psychologiczne i społeczne uwarunkowania choroby. Dołączenie nowych czynników przyniosło nie tylko znaczne skomplikowanie modelu. Miało ono również skutki natury filozoficznej: porzucono myślenie realistyczne na rzecz empirystycznego w tym sensie, że skupiono się na badaniu statystycznych prawidłowości występowania różnych czynników, nie zajmując się ich realnym istnieniem i realnymi mechanizmami ich powstawania. Podejmowanie takich zagadnień pociągałoby za sobą nowe komplikacje filozoficzne: „Można – czytamy – np. odkryć istnienie pewnej zależności pomiędzy częstością występowania zawałów serca a położeniem społeczno-ekonomicznym pacjenta lub odczuwaniem stresu przez pacjenta, jednakże zmienne te mają zasadniczo inny charakter niż zjawiska biologiczne i jest wysoce problematyczne, czy wolno nam twierdzić, że taki czynnik społeczny jak bogactwo lub taki stan psychiczny, jaki typowy jest dla stresu, jest przyczyną zawału serca. Twierdzenia tego rodzaju wymagają uprzedniego przyjęcia teorii określających ontologiczny status mechanizmów społecznych, zdarzeń psychicznych i związków pomiędzy ciałem a umysłem" (s. 178).

ETYKA

Zdaniem autorów *Filozofii medycyny* charakterystyczną cechą obecnego okresu niestabilności paradygmatycznej jest wzrost zainteresowania problematyką etyczną. Pojawia się on jako skutek rozwoju medycyny: zmian w jej metodach badawczych i pojawienia się wielu nowych metod leczenia. „Kwestie etyczne miały o wiele mniejsze znaczenie wówczas, gdy lekarze niewiele mogli uczynić dla swoich pacjentów. Trudno je jednak lekceważyć w epoce transplantacji narządów, rozpoznawania wad wrodzonych płodu czy przedłużania życia nieuleczalnie chorego pacjenta. Długo trwało, zanim lekarze zrozumieli, że praktyka kliniczna to nie tylko przyrodnicza nauka stosowana, lecz że wszelkie decyzje kliniczne zawsze odwołują się do sądów wartościujących" (s. 28).

Autorzy unikają tutaj bezpośredniej dyskusji takich problemów, jak eutanazja, kryteria śmierci czy przerywanie ciąży. Po przedstawieniu szeregu zagadnień z zakresu metaetyki i etyki ogólnej, zajęli się przykładami rozumowania etycznego w konkretnych przypadkach wziętych z praktyki i badań klinicznych. To doprowadziło ich do dyskusji najpopularniejszych obecnie zagadnień: paternalizmu i autonomii oraz jakości życia. Dwa pierwsze pojęcia dotyczą relacji lekarza i pacjenta, odpowiedzialności, jaką każdy z nich bierze za leczenie, praw lekarza do podejmowania decyzji dotyczących pacjenta bez jego udziału, prawa pacjenta do informacji o stanie swojego zdrowia, metodach leczenia oraz do udziału w podejmowaniu decyzji o leczeniu. Ostatnie – pojęcie jakości życia – stanowi kryterium w procesie

decydowania o sposobie leczenia lub nawet o podjęciu bądź zaniechaniu leczenia. „W Danii – piszą autorzy – niektóre osoby posunęły się tak daleko, że podpisują odpowiedni dokument stwierdzający, że nie życzą sobie, by je aktywnie leczono w sytuacji, gdy nie istnieje najmniejsza szansa sensownej jakości życia" (s. 244).

Filozofię medycyny kończy krótki rozdział poświęcony relacji pomiędzy ciałem i umysłem. Autorzy stwierdzają, że problem ten nie doczekał się zadowalającego rozwiązania i dokonują przeglądu głównie współczesnych poglądów na ten temat. Pojawiają się jednak również Kartezjusz i Spinoza, dawni „ojcowie" problemu w tym kształcie, w jakim rozpatrują go nasi autorzy, mianowicie jako problem „ducha w maszynie" ludzkiego organizmu. Prezentację stanowisk współczesnych otwiera Gilbert Ryle, który „wygnał ducha z maszyny" argumentując, że problem psychofizyczny jest pseudoproblemem, a określenia, których zwykle używamy opisując własności ducha, odnoszą się do zachowań lub dyspozycji do określonych zachowań. Przegląd kończą Karl Popper i John Eccles, z którymi duch do maszyny powraca: organizm jest częścią świata materialnego, świat umysłu jest światem odrębnym, niesprowadzalnym do materialnego, a obie te rzeczywistości oddziałują ze sobą. Dowiadujemy się również, że istotą problemu psychofizycznego jest pytanie o to, jak mają się do siebie spotykające się w człowieku: przyczynowość (konieczność) rządząca przyrodą i wolność umysłu (jaźni, duszy).

Na tym rozważania w książce zostają urwane.

POGLĄDY AUTORÓW

Filozofia medycyny jest wprowadzeniem, quasi-podręcznikiem i dlatego wiele miejsca zajmuje w niej prezentacja cudzych poglądów. Stanowisko autorów jednak jest w niej również wyraźnie obecne. Przesadą byłoby powiedzieć, że cudze teorie są tu tylko pretekstem lub tłem do wykładania własnych. Z drugiej strony, autorzy nie poprzestają na porządkowaniu tego, co powiedzieli inni. *Filozofia medycyny* jest bowiem książką stawiającą tezy i postulaty. Niektóre z nich już znamy: na przykład że filozofia jest lekarzowi przydatna w codziennej praktyce; że medycyna weszła w okres „paradygmatycznej niestabilności", czyli że zmieniają się zasadnicze przesłanki myślenia społeczności medycznej; że człowiek nie jest tylko mechanizmem, lecz istotą świadomą, obdarzoną wolną wolą. W filozofii nauki autorzy bronią stanowiska realistycznego, czyli sądzą, że „celem nauki jest wyjaśnienie tego, co rzeczywiście dzieje się w świecie". Nazywają siebie realistami również w tym znaczeniu, że ich zdaniem przyczynowość to związek istniejący w rzeczywistości, a nie właściwość naszego ujmowania świata. W omawianej właśnie sprawie związków między ciałem i umysłem utrzymują, że „stany psychiczne pełnią rolę przyczyn w strukturach naszych zachowań lub dyspozycji do zachowań" (s. 259). Pogląd ten nazywają „kauzalną teorią umysłu" i stwierdzają, że nie rozstrzyga ona konfliktu między monizmem i dualizmem. Więcej – twierdzą, że nie jest dziś możliwe dokonanie wyboru między tymi stanowiskami.

Książka zawiera ponadto szereg postulatów, zwłaszcza metateoretycznych.

Autorzy wskazują pożądany kierunek rozwoju zarówno różnych elementów paradygmatu medycyny, jak i filozofii medycyny. Przede wszystkim medyczny sposób myślenia powinien wzbogacić się o „podejście hermeneutyczne", czyli takie, które każdego człowieka traktuje jako niepowtarzalną jednostkę, uwzględnia jego przeżywanie siebie i swojej sytuacji. Odpowiednio, nie posługuje się ono, jak nauki przyrodnicze, obserwacją, eksperymentem i indukcją, lecz interpretacją i refleksją. „To co rzeczywiście się liczy, nie sprowadza się jedynie do nieprawidłowości anatomicznych lub fizjologicznych, lecz przede wszystkim do sposobu, w jaki pacjent odnosi się do swojej choroby. Zasadnicze znaczenie ma zatem nie prawda obiektywna, lecz prawda subiektywna, która, powiązana ze strukturą osoby, jest w przypadku każdego człowieka inna" (s. 169).

Wyraźne jest też zalecenie pod adresem etyki: „Etyka medyczna powinna opierać się na sformułowanej przez Kierkegaarda i Kanta koncepcji człowieka jako istoty świadomej własnej tożsamości i obdarzonej wolną wolą. Względy utylitarne powinny ustąpić racjom poszanowania autonomii jednostki i sprawiedliwości społecznej" (s. 230). Etyka oparta na tych zasadach nie miałaby wskazywać lekarzowi drogi do prawdy, lecz pomóc mu osiągnąć „szeroką równowagę intelektualną" (s. 228), czyli spójny system poglądów pozwalający na ocenę moralnego znaczenia problemów, przed którymi staje, i uzasadnianie podejmowanych decyzji.

ŹLE SIĘ DZIEJE W PAŃSTWIE DUŃSKIM

Przedstawiłam bardzo pobieżnie (pominęłam m.in. szczegółowe rozważania dotyczące struktury związków przyczynowych i statusu psychoanalizy) bogatą zawartość niewielkiej objętościowo książki. W tym koszu pełnym rozmaitości znajdziemy o wiele więcej; znajdziemy rzeczy interesujące i nieciekawe, wnikliwe analizy i traktowanie problemów tak powierzchownie, że aż fałszująco, wrażliwość na niekonsekwencje w myśleniu, zwłaszcza gdy w grę wchodzą zagadnienia etyczne, i własne niekonsekwencje autorów, wreszcie pomieszanie języków różnych porządków i nauk. Niektóre poglądy autorów budzą mój żywy sprzeciw, ale nie podejmuję tutaj szczegółowej dyskusji, bo mogłaby mieć ona tę samą wadę, co *Filozofia medycyny*: próbowałabym w zbyt wielkim skrócie i zbyt szybko powiedzieć zbyt wiele.

Autorzy książki podjęli się wielkiego zadania – na niewielu stronach przedstawić szeroki wachlarz zagadnień filozoficznych, często bardzo „technicznych", z wielowiekową historią; pokazać na przykładach zastosowanie filozofii do zagadnień medycznych, wypowiedzieć własną opinię o bieżącym stanie badań i postawić postulaty co do ich przyszłego rozwoju. To wszystko trzeba było zrobić tak, by nie tylko nie znudzić nieprzygotowanego filozoficznie czytelnika, lecz także zachęcić go do samodzielnych przemyśleń. Zamierzenie powiodło się tylko częściowo – to prawda, że książka jest interesująco napisana, lecz przystępność i szeroki zakres zagadnień odbił się niekorzystnie na precyzji i rzetelności rozważań.

Zastanawiam się również, czy lektura *Filozofii medycyny* może zainspirować czytelnika o wykształceniu medycznym do poszerzenia wiedzy w tej dziedzinie, choćby na czysto prywatny użytek. Ja, z wykształcenia filozof, poczułam rozczarowanie i jeśli chciałabym się filozofią medycyny zajmować, to inaczej niż autorzy. To, czego moim zdaniem brakuje ich myśli – to odwaga. Autorzy zachowują daleko idącą intelektualną ostrożność, nie wypowiadają twierdzeń ryzykownych, mogących wzbudzić podejrzenia obdarzonego zdrowym rozsądkiem wykształconego człowieka, przedstawiciela dzisiejszej inteligencji Europy Zachodniej. Najlepiej widać to na przykładzie etyki: autorzy nie chcą podejmować kwestii najbardziej kontrowersyjnych, a w tej dziedzinie „klasycznych", jak aborcja, kryteria śmierci czy eutanazja. Może i słusznie, bo są to problemy, przy których wcześniej powzięte przekonania blokują dostęp nowej argumentacji, a pominięcie ich pozwala spokojnie przedstawiać przesłanki, na podstawie których należy je rozstrzygać.

W każdym razie problemy te powrócą, czy to w praktyce lekarskiej, czy w publicznych dyskusjach. Jednak właśnie podstawowe pojęcia, ważne dla rozumienia argumentacji etycznej również w związku ze wspomnianymi wyżej problemami, jak np. pojęcie jakości życia, są w książce omawiane pobieżnie. Jakby przy okazji, między wierszami pojawia się problem definicji człowieczeństwa. Wielokrotnie czytamy, że człowiek to „świadoma istota obdarzona wolną wolą" oraz istota realizująca wartości. Czy zatem mamy rozumieć, że życie człowieka, który utracił świadomość, nie jest w stanie podejmować wolnych decyzji czy realizować wartości, jest życiem nieludzkim albo niegodnym człowieka? Jeśli tak, to jakie są dokładnie te kryteria „prawdziwie ludzkiego życia"? W książce znajdujemy tylko przykłady i cytaty sugerujące jakieś stanowisko w tej sprawie, ale wcale nie jest pewne, ani czy jest to stanowisko autorów, ani jaka jest dokładnie jego treść i jakie konsekwencje. Autorzy zachowują się tutaj tak, jakby obawiali się urazić czyjeś uczucia, albo chcieli podobać się wszystkim. Dlatego problemy, rozwiązania i argumenty tracą na ostrości.

Właściwie można się w tym dopatrzyć konsekwencji przyjętych założeń. Jeśli za cel książki uznać to, co autorzy wskazali jako cel etyki – pomoc w osiągnięciu szerokiej równowagi intelektualnej, a nie prawdy – to nie ma o co kruszyć kopii. Być może ta równowaga, która jest przeciwstawiana prawdzie, ma po prostu za cel zapewnić lekarzowi względny wewnętrzny spokój w czasach, gdy decyzje, przed którymi on staje są coraz trudniejsze. Może ma ochronić przed lękiem, który autorzy za Kierkegaardem wymieniają jako konstytutywny element sytuacji człowieka. Jeśli tak, to *Filozofia medycyny* jest książką smutną, o ile takie określenie w ogóle stosuje się do dzieł filozoficznych... Jest smutna, bo wprawdzie od wieków ludzie szukali pocieszenia w filozofii, lecz była to zwykle ucieczka „w prawdę", a nie od prawdy, była to próba chwytania równowagi właśnie przez poszukiwanie prawdy. Jest również smutna dlatego, że główny cel filozofii widzi w niesieniu pociechy, a nie w badaniu rzeczywistości. Czyżby filozofia – miłość mądrości – miała się zmienić w lęk przed rzeczywistością?

Choć moim zdaniem tendencja „obronna" jest w recenzowanej pracy dominująca, to można stanowisko autorów odebrać inaczej. Ich niekonsekwencja jest może pozorna albo jest tylko konieczną do zapłacenia ceną za ocalenie z różnych poglądów tego, co w nich wartościowe – zasada szlachetnej odmiany eklektyzmu, do którego autorzy się niejednokrotnie przyznają? Może jest ona skutkiem ubocznym dążenia do zachowania w uprawianiu filozofii ścisłego kontaktu z doświadczeniem, które tutaj jest „potocznym" doświadczeniem praktykującego lekarza? I może jest zachętą do refleksji nad tym doświadczeniem, do uprawiania, z jednej strony, medycyny w świetle refleksji filozoficznej, z drugiej – filozofii medycyny, jest zachętą do odważnego stawiania czoła nowym problemom, a nie do bronienia się przed nimi?

A może jest tak, że obie tendencje są obecne w *Filozofii medycyny* i walczą o prawo pierwszeństwa w umysłach jej autorów i czytelników, tak samo jak walczą w całej współczesnej kulturze. W związku z tym sądzę, że książka ta jest lepszym dokumentem swych czasów niż wprowadzeniem do filozofii medycyny.